

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

462

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 juin 1899, à 1 heure

Par M. SACLEUX

Né à Havrincourt (Pas-de-Calais) le 19 décembre 1870.

ESSAI

SUR

L'OSTÉOMYÉLITE RHUMATISMALE

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : { MM. CHANTEMESSE, professeur.
CHARRIN et ROGER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE —

N°

462

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 juin 1899, à 1 heure

Par M. SACLEUX

Né à Havrincourt (Pas-de-Calais) le 19 décembre 1870.

ESSAI

SUR

L'OSTÉOMYÉLITE RHUMATISMALE

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : { MM. CHANTEMESSE, professeur.
CHARRIN et ROGER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, RUE RACINE 15,

—
1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ROUCHARD.
		DEBOVE.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N.....
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
	}	POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
	}	DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agréés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des hôpitaux.

Membre de l'Académie de médecine.

Officier de la Légion d'honneur.

ESSAI

SUR

L'OSTÉOMYÉLITE RHUMATISMALE

INTRODUCTION

La nature infectieuse du rhumatisme est bien près d'être démontrée; les nombreux travaux qui sont entrepris sur ce sujet nous laissent espérer une prochaine solution. L'humorisme, depuis les temps anciens, et de nos jours, l'embolisme et le neurothrophisme ont proposé tour à tour leur système; seule, la théorie microbienne reste établie sur des bases solides de l'observation et de la clinique.

Le cas d'un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu chez lequel ont éclaté des manifestations osseuses nous a donné l'idée d'étudier la part qui revenait dans ces symptômes à la maladie primitive; et nous n'avons pas résisté au désir de solliciter auprès de Mon-

sieur le professeur agrégé Achard la permission de publier cette observation prise dans son service.

Nous en avons profité pour approfondir la question et essayer de dégager de tout le confus des idées anciennes une conception en rapport avec les idées nouvelles.

DÉFINITION ET DIVISION

Nous donnerons le nom d'ostéomyélite à l'inflammation du système osseux en général, pénétré de cette idée que les diverses parties intégrantes de l'os : moelle, substance compacte, périoste, forment un tout solidaire au point de vue pathologique comme au point de vue embryologique et anatomique.

Nous distinguerons deux formes d'ostéomyélite rhumatismale : 1° celle qui évolue au cours d'un rhumatisme articulaire aigu ; 2° celle qui, en dehors de toute attaque rhumatismale, corrobore par ses signes la nature de cette affection.

C'est la première classe d'ostéomyélite qui fera tout particulièrement l'objet de cette monographie ; mais nous produirons, en terminant ce travail, quelques observations à l'appui des deux formes qui évoluent d'ailleurs avec des symptômes identiques.

Quant à l'ostéomyélite qui pourrait survenir au cours d'un rhumatisme chronique d'origine rhumatismale (1), nous la laisserons de côté, puisque les manifestations de ce rhumatisme sont plutôt des arthrites avec retentissement secondaire sur l'os qu'une ostéomyélite proprement dite. Nous l'éliminons donc, de façon à laisser à la symptomatologie de l'ostéomyélite rhumatismale

1. J. Teissier et Roque. *Traité de médecine et de thérapeutique*, Brouardel et Gilbert.

une unité et une netteté aussi franches que possible.

Nous avons cherché dans la littérature médicale les travaux élaborés sur ce sujet et les observations qui ont été publiées ; nos recherches n'ont pas été fructueuses, car nous avons éloigné de parti pris tout ce qui pouvait laisser un doute dans l'esprit au sujet de l'étiologie et la pathogénie des lésions osseuses ; nous avons élagué les pseudo-rhumatismes et les rhumatismes chroniques ; nous avons considéré comme non avenues toutes les observations qui relataient une coïncidence blennorrhagique ; nous ne nous sommes pas davantage arrêtés à celles qui laissaient supposer l'existence d'ostéites latentes ou évoluant par poussées successives comme en donnent le staphylocoque et le streptocoque ; les publications dans lesquelles la suppuration venait clore la scène de l'évolution pathologique ont été également mises de côté dans la crainte de nous heurter à des ostéites d'une infection étrangère ou tout au moins à ces périostites albumineuses qui ne sont pas encore nettement classées dans la pathogénie générale des ostéites.

En un mot, nous avons voulu nous rendre compte de la façon dont le rhumatisme articulaire aigu, ou mieux la fièvre rhumatismale, en tant que maladie infectieuse, pouvait se localiser sur les os, au même titre que la fièvre typhoïde, par exemple.

Les conclusions que nous tirerons, après avoir donné l'historique de la question, seront basées sur la clinique, l'anatomie pathologique, la bactériologie et la thérapeutique. Telle sera la division de notre travail.

HISTORIQUE

La division de ce chapitre en trois parties est un peu schématique en ce sens que les périodes empiètent les unes sur les autres; mais nous avons pris cette mesure dans l'intérêt de la clarté et de la précision; d'ailleurs, n'a-t-on pas toujours vu les idées nouvellement émises attendre quelques années avant d'entrer dans le courant scientifique?

Première période. — Les auteurs donnent au mot rhumatisme son sens le plus large; ils ne font aucune distinction au point de vue pathologique, entre le rhumatisme articulaire aigu, les rhumatismes chroniques et les pseudo-rumatismes; mais ils signalent leur localisation sur les os et sont frappés par les déformations qu'ils occasionnent. L'idée microbienne que l'expérience a confirmée actuellement n'est pas encore soupçonnée.

C'est en 1857 que le Dr Adams, célèbre médecin irlandais, réserve dans un *Traité du rhumatisme* un chapitre particulier concernant le travail inflammatoire spécial qui constitue l'essence de cette affection et sa prédominance sur la diaphyse des os.

Schutzemberger appelle l'ostéomyélite des adolescents ostéomyélite rhumatismale, frappé qu'il est de l'influence du froid humide. Un peu plus tard, Bœckel,

dans son article paru sur la *Gazette de Strasbourg* en 1868, distingue la périostite provoquée par des traumatismes de la périostite idiopathique résultant d'une cause occasionnelle qui n'est autre que le rhumatisme. Dans l'ouvrage de Roser, nous trouvons encore l'épithète rhumatismale appliquée à cette affection.

En 1877 le docteur Cadiat (1), professeur agrégé à la faculté de Paris, observe et décrit des faits analogues à ceux qui avaient été signalés vingt ans auparavant en Irlande. Cadiat n'hésite pas à voir dans la lésion osseuse l'explication anatomique de tous les désordres de l'arthrite sèche. Pour lui la lésion osseuse est tout, elle est primitive, les autres lésions en découlent.

Plusieurs médecins qui font autorité à cette époque, les docteurs Féréol et Cazalis ratifient les données précédentes et le professeur Gosselin fait dans ses cliniques plusieurs leçons sur l'ostéite rhumatismale.

En 1878 (2) Archambault, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, signale une ostéo-périostite rhumatismale de la tubérosité antérieure du tibia chez les jeunes sujets. Il donne trois observations et s'appuie sur l'une d'elles où les lésions ont précédé un double rhumatisme articulaire aigu.

Archambault semble avoir vu le premier un exemple d'ostéomyélite rhumatismale aiguë ; malheureusement cette observation d'un grand intérêt pour nous n'a pas

1. *In France médicale*, 7 avril 1877.

2 *In France médicale*, 1878.

été publiée, et ne peut être invoquée qu'avec beaucoup de réserve.

Deuxième Période. — Cette période est marquée par une révolution importante due aux travaux de Bouchard (1881) et de son élève Bourcy (1883) : ils devinrent la nature microbienne du rhumatisme et font une séparation définitive entre le rhumatisme articulaire franc et les pseudo-rhumatismes infectieux.

En 1884 Verneuil (1) signale au Congrès de Blois deux cas de périostite rhumatismale éphémère qui furent l'objet d'une discussion dont les conclusions ont été qu'il était nécessaire de distinguer dans les périostites rhumatismales celles qui sont permanentes de celles qui n'ont qu'une durée éphémère.

Nous avons trouvé dans les *Archives de médecine* de l'année 1885 un chapitre fort étendu de Reynier et Legendre sur l'influence du rhumatisme dans les affections des os mais la plupart des faits rapportés n'ont pas été suffisamment dégagés des sources d'erreur signalées précédemment par Bouchard ; aussi n'avons-nous pu les faire servir à notre cause.

En 1888 Poulet (2), médecin militaire, pour appuyer une opinion de Pauzat (3) émise l'année précédente signale onze observations qui nous semblent réaliser assez exactement l'idée que nous nous faisons de l'ostéomyélite rhumatismale ; on nous objectera, dit-il, que le terme d'ostéite rhumatismale est vague, encore

1. Congrès de Blois, 1884.

2. *Arch. de méd. mil.*, 1888.

3. *Arch. de méd. mil.*, 1887.

bien obscur, peut-être hasardé; ce n'est pas le lieu d'entrer ici dans de longs développements, mais nous avons depuis longtemps la conviction intime qui s'accroît tous les jours, que toutes les ostéites sont spécifiques, et que le rhumatisme ne respecte pas plus le tissu osseux que le bacille de Koch, celui de la fièvre typhoïde, de la syphilis, etc. Pour provoquer des désordres moindres, le rhumatisme n'en retient pas moins sur la moelle et le tissu osseux. Cette ostéo-périostite qui ne suppure jamais, à évolution assez rapide, accompagnée au début de gonflement, d'œdème diffus, dur, de douleurs vives à la pression, rappelle par ses allures, sa mobilité, ses produits périostiques, sa mutabilité d'un point à un autre d'un même os, ou d'un os à un autre, certaines manifestations du rhumatisme ».

Troisième Période. — Elle appartient toute à la bactériologie. Les travaux de Lannelongue et Achard (1) débarrassent l'ostéomyélite de croissance du chaos rhumatismal; M. Achalme découvre dans des autopsies de rhumatisants un bacille dont l'existence a été confirmée depuis par de nombreux auteurs et l'immense cadre du rhumatisme se rétrécit de plus en plus avec la notion infectieuse spécifique qui tend à le rapprocher des maladies microbiennes connues, au point que Lance-reaux substitue au titre de rhumatisme articulaire aigu, celui beaucoup plus précis de fièvre rhumatismale.

Dans ces dernières années, quelques observations,

1. Lannelongue et Achard. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1891.

indubitables au point de vue pathogénique, signalées par les journaux médicaux, décident les auteurs à créer pour l'ostéomyélite rhumatismale vraie, une place dans les traités scientifiques.

CHAPITRE I

Ce que nous apprend la clinique.

1. ÉTIOLOGIE. — a) *Fréquence.* — La complication du rhumatisme articulaire aigu qui fait l'objet de cette étude est une rareté dans la littérature médicale et le petit nombre d'observations qui attestent son existence en sont une preuve suffisante. Doit-on conclure que le processus rhumatismal évoluant sur la moelle osseuse et ses dépendances se traduit toujours par des manifestations extérieures? et que par exclusion il n'y a inflammation de la moelle et du périoste que si les symptômes de l'ostéomyélite se trouvent réunis au complet? Des travaux consciencieux ont été publiés sur ce sujet dans ces derniers temps; ils font envisager ce fait sous un jour nouveau, et laissent supposer que l'inflammation médullaire est plus fréquente qu'elle ne le paraît. Cette question sera du reste traitée plus en détail dans le chapitre anatomo-pathologique.

Faut-il voir dans la découverte et l'emploi devenu universel du médicament spécifique l'explication de la rareté de ces ostéomyélites parallèlement au nombre et aussi à la gravité des cas de rhumatisme? Sans doute, il est probable que des faits de ce genre seront de moins en moins signalés d'autant plus que les révo-

lutions survenues dans la thérapeutique et l'hygiène prophylactique ont modifié la fréquence du rhumatisme en apportant une preuve de plus à sa nature parasitaire.

Il semble évident que la façon parfois insidieuse dont évolue la lésion ait dû souvent la laisser ignorer, car le rhumatisant, perclus et endolori sur son lit, n'invite pas à un examen détaillé, tout au plus nous autorise-t-il, pour satisfaire notre curiosité scientifique, à poser délicatement un stéthoscope sur la région précordiale.

On conçoit facilement que ce malade n'attire pas l'attention du médecin sur son squelette quand on réfléchit aux douleurs qui lui paralysent les membres et lui interdisent tout mouvement. Il n'est pas nécessaire non plus, dans ces conditions, de faire remarquer combien il est difficile de distinguer une douleur articulaire d'une douleur parfois juxta-épiphysaire.

b) *Age*. — Ces causes générales relatives à la rareté de l'ostéomyélite rhumatismale aiguë, donnent une idée de notre pauvreté en matériaux étiologiques. Toutefois, d'après le petit nombre d'observations recueillies, nous pouvons dire que cette localisation s'observe surtout entre 15 et 30 ans, c'est-à-dire à l'âge où le système osseux possède le maximum d'activité physiologique comme l'ont si bien mis en lumière les travaux de Lannelongue.

c) *Sexe*. — Pourquoi n'avons-nous rencontré cette maladie que chez des sujets du sexe masculin ? Cela peut tenir aux hasards de l'observation. On sait d'ailleurs que les filles sont moins fréquemment atteintes

de rhumatisme, et que, par leurs habitudes, elles sont moins que les garçons exposées aux causes occasionnelles et, pour n'en citer que deux, la fatigue et le refroidissement.

d) *Hérédité*. — Nous ne pouvons passer sur le rôle de l'hérédité, si souvent invoquée en matière de rhumatisme, sans nous demander si elle peut entrer dans l'étiologie de la lésion osseuse. « Le rhumatisme articulaire aigu, dit Hanot (1), n'est pas héréditaire, il n'est pas plus héréditaire que la pneumonie, l'érysipèle, la fièvre typhoïde ». Cependant, nous ne pouvons nous dissimuler que l'état général entre en jeu dans cette manifestation.

C'est le terrain, la diathèse arthritique, ce que Bouchard a appelé le trouble nutritif, qui prédisposera, nous semble-t-il, le système osseux à se laisser entamer; ce sera donc chez ces individus ou leurs descendants que l'ostéomyélite rhumatismale choisira de préférence son champ d'exploitation.

2° SYMPTOMATOLOGIE. — a) *Début*. — Le début n'est marqué par aucun signe qui puisse attirer l'attention du côté des os; il est avant tout insidieux. C'est le plus souvent au cours d'une attaque rhumatismale, quelques jours après son apparition, que le clinicien explorant son malade avec minutie, palpant les jointures, scrutant les épiphyses et les diaphyses des os, découvre sous le bout du doigt une douleur exquise, se distinguant nettement de la douleur diffuse articu-

1. Hanot. *Presse médicale*, 2 juin 1894.

laire, et localisée à un point limité du système osseux.

b) *Siège.* — Le maxillaire inférieur, la diaphyse du fémur et du tibia, les extrémités osseuses, sont les parties du squelette que l'expérience a sanctionné comme siège de l'ostéomyélite rhumatismale ; mais nous avons le droit de supposer que tous les os longs ou courts sont susceptibles de sa localisation.

c) *Signes locaux.* — L'interrogation du malade nous apprend que la tumeur est spontanée et n'a été provoquée par aucun traumatisme.

Il y a gonflement, chaleur, rougeur, en un mot, tout ce qui caractérise une poussée inflammatoire. La peau peut ne présenter rien d'anormal surtout si l'os est profond ; ou elle est rouge, chaude, un peu œdématiée.

La douleur locale est assez vive et réveillée par la pression ; le palper qui doit être fait avec douceur ne dévoile aucun point fluctuant, quelle que soit l'époque de l'évolution infectieuse, et il donne l'impression d'une tumeur plus ou moins étalée sur l'os, adhérente, ainsi qu'on peut le constater très nettement sur des os superficiels comme le tibia.

La tuméfaction se diffuse vite en hauteur et en longueur, elle peut se limiter et frapper l'os en différents points, comme le montre l'observation de Hobbs ; elle sera, suivant des conditions, unique ou multiple et aura ce caractère commun, ajouté à tant d'autres, avec l'ostéomyélite typhique.

d) *Signes généraux.* — Il est impossible de se rendre un compte exact de l'état général spécial des malades atteints d'ostéomyélite quand elle est masquée par un

rhumatisme articulaire aigu. Mais dans l'observation de M. Chatin où la localisation osseuse a précédé l'attaque rhumatismale nous relevons une température de $38^{\circ}4$ le matin et de $39^{\circ}2$ le soir. Cette élévation persiste pendant quelques jours jusqu'au moment où le rhumatisme articulaire éclate. Le pouls du malade du docteur Hobbs battait à 112 pulsations à la minute.

En somme, il ne nous est pas permis d'avoir une notion précise sur ces différents points mais nous pouvons dire, que, comme pour l'ostéomyélite typhique, la fièvre est assez intense, continue, avec exacerbation vespérale ; que le pouls est rapide, généralement régulier ; que la langue est épaisse, blanche, saburrale puis, si la fièvre persiste élevée, qu'elle devient sèche et rouge.

L'analyse d'urine du malade de Monsieur Achard, caractéristique d'une pyrexie par son urobilinurie et chrômogène apporte une preuve de plus à la nature rhumatismale et infectieuse de cette ostéomyélite.

E) *Marche*. — Telle est la marche habituelle de cette maladie ; mais cette règle n'a rien d'absolu ; et il existe un fait que nous croyons utile de signaler, qui apporte un point d'appui sérieux à l'origine vraiment rhumatismale de cette ostéomyélite, c'est la relation qui existe dans nos observations entre l'apparition du rhumatisme et la localisation osseuse.

Monsieur Chatin vit, chez son malade, la complication succéder à plusieurs poussées subaiguës puis disparaître tout à coup pour se généraliser sous la forme d'un rhumatisme articulaire aigu. Nous ferons la même

remarque sur le malade de Monsieur Berne chez lequel les douleurs articulaires s'évanouirent en même temps que s'éveillèrent celles du tibia; et afin de faire bien ressortir l'importance attachée à la succession de ces faits, nous les rapprocherons d'une observation devenue classique de M. Achalme dans laquelle il vit évoluer en quelques heures le processus rhumatismal qui abandonna complètement les articulations pour prendre la marche et la terminaison fatale d'un rhumatisme à forme cérébrale.

A côté de ce type clinique, il en est un autre qui s'est révélé chez les deux malades de MM. Achard et Hobbs; il se caractérise par une résolution parallèle de l'affection primordiale et de la complication, apportant ainsi la preuve éclatante de l'action identique du traitement sur une double manifestation de la même maladie.

F) *Durée. Terminaison.* — Tantôt éphémère, tantôt durable pendant une huitaine de jours ou même une période plus longue encore, elle présente ce caractère remarquable et constant d'être plastique. Cette épithète qui lui a été donnée par Gosselin est bien choisie pour distinguer le processus amenant la modification simple et la prolifération des cellules normales par opposition à celui de l'inflammation suppurée ou destructive. Est-il téméraire de supposer qu'il peut rester une légère hyperostose à l'endroit où les tissus ont subi un travail inflammatoire? Nous ne le croyons pas, mais cela pourra dépendre de l'intensité de la lésion.

La question de savoir si l'ostéomyélite rhumatismale

a des suites éloignées et une tendance à la chronicité est impossible à résoudre à l'hôpital : les malades une fois convalescents sont envoyés à Vincennes, et lorsque souffrant encore, ils demandent des soins, c'est dans un service différent qu'ils viennent exposer leurs douleurs. C'est surtout dans la clientèle de ville qu'on pourrait recueillir des observations de cette nature. Là, le médecin suit longtemps son malade après l'attaque aiguë, et peut mieux se rendre compte de ce qu'elle a déterminé.

G) *Pronostic.* — D'après ces signes, on peut facilement se faire une idée de la bénignité du pronostic et on en verra une preuve plus directe quand viendra le moment de parler des armes puissantes que la thérapeutique a mises entre nos mains. Le point important, comme toujours en clinique, sera de faire le diagnostic.

H) *Diagnostic.* — La coïncidence d'une attaque rhumatismale actuelle ou antérieure apporte un élément important d'appréciation, toutefois il n'est point superflu de se prémunir contre quelques affections dont le début prêterait facilement à confusion : la maladie osseuse de Paget dont les douleurs intenses se font quelquefois sentir avant la moindre déformation ; l'ostéoarthritis hypertrophiante pneumique de Marie d'autant plus trompeuse qu'elle s'accompagne de douleurs articulaires typiques ; le leontiasis ossea de Virchow, singulière affection généralement symétrique, produisant un œdème consécutif à des poussées inflammatoires de la peau ; le pseudo-rumatisme osseux de la période secondaire

de la syphilis ; l'ostéomyélite gommeuse tertiaire ; l'ostéomyélite de croissance si souvent confondue, dès son apparition, avec le rhumatisme articulaire ; les exostoses dont le siège, la multiplicité, et l'âge du sujet mettront en garde contre une fâcheuse méprise ; en un mot, il sera indispensable de tenir compte de l'absence de traumatisme, de la syphilis, de l'âge du malade, de ses antécédents, du bon état de sa santé ; ces dernières causes permettant d'éliminer l'idée d'une lésion tuberculeuse.

Quant à la difficulté déjà signalée de distinguer la douleur locale et exquise de l'ostéomyélite de la douleur diffuse articulaire nous ne pouvons mieux faire que de recommander le moyen enseigné par M. Lannelongue qui consiste à gagner la confiance du malade par la douceur, la patience et en commençant à palper loin de la partie atteinte ; on constate alors que le maximum de douleur répond bien à l'os lui-même et non à l'articulation voisine.

Mais le point délicat du diagnostic est bien moins contenu dans la reconnaissance d'une véritable ostéomyélite que dans la détermination pathogénique de la nature du rhumatisme. Bouchard et Bourcy nous ont enseigné que des infections staphylococciques et streptococciques pouvaient amener des symptômes identiques dans leur marche, dans leur forme, et dans leurs complications, à ceux du rhumatisme vrai. Les observations de douleurs articulaires consécutives à un traumatisme ou à une plaie infectée appuient de plus en plus cette manière de voir ; et dès lors il n'y a plus

qu'un pas pour arriver à cette opinion défendue par M. Chauffard que la difficulté de différenciation clinique entre les rhumatismes francs et les rhumatismes pseudo-infectieux est si grande qu'il y a lieu d'établir des formes de transition entre ces deux états morbides.

Bien plus, il est loin d'être rare de voir, sous une influence banale, et qui souvent nous échappe, un rhumatisme chronique revêtir subitement les allures aiguës d'un rhumatisme vrai.

Quels sont donc les moyens mis à notre portée pour éviter ces nombreux écarts ? Quels sont les signes qui nous permettent d'ajouter sans arrière-pensée l'épithète de rhumatismale à la qualification d'ostéomyélite ?

Chaque fois que le diagnostic de fièvre rhumatismale ne sera pas sanctionné par une localisation cardiaque ou séreuse on aura le droit de douter de la nature infectieuse. Dans les cas les plus embarrassants le traitement servira d'adjuvant précieux, de pierre de touche, au même titre que celui employé pour dépister une syphilis ignorée.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique. — Bactériologie.

1^o *Anatomie Pathologique.* — Combien nous regrettons de ne pouvoir faire un chapitre étendu et précis sur ce sujet encore nouveau et mal connu.

Les rares autopsies qui ont été faites à la suite de rhumatisme articulaire aigu n'ont signalé que des constatations vagues du côté des os; car dans ce cas, les malades ayant été emportés par une complication cardiaque ou cérébrale, on s'est plus préoccupé de la lésion cardiaque ou encéphalique que de la lésion osseuse.

A ce sujet, MM. Cornil et Ranvier (1) nous ont fait connaître, qu'indépendamment des lésions de la synoviale et des cartilages, on trouve une vascularisation des éléments médullaires des extrémités osseuses voisines de l'articulation malade, avec prolifération de ces cellules.

Or, ce fait avancé par Hasse, a été accepté par Gurlt; Küsmaul l'admet également ainsi que MM. Charcot et Besnier en France.

1. *Traité de l'arthrite Rhumatismale.* Cornil et Ranvier.

Il y aurait donc au cours normal du rhumatisme une inflammation de la moelle qui, sous une influence quelconque, se traduirait accidentellement par de l'ostéomyélite.

Mais le problème impossible à résoudre actuellement c'est de savoir à qui revient la priorité de la lésion. En d'autres termes, l'inflammation de la moelle est-elle primitive ou secondaire par contiguïté de tissu?

Etant donnée la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu cherchons ce que l'on a constaté à ce point de vue dans les maladies microbiennes du même genre et connues telle que la fièvre typhoïde. Nous laisserons répondre une plume autorisée et emprunterons ce fragment intéressant d'une communication faite par M. Leredde (1) dans les *Archives générales de médecine* : « Nous voudrions compléter, dit-il, la notion de l'infection sanguine par l'hypothèse d'une infection de la moelle osseuse ; le rôle important que celle-ci joue dans les maladies microbiennes commence seulement à être soupçonné ; son tissu a une fonction hématopoïétique et leucocytopoïétique. Et peut-être les infections articulaires sont-elles surtout des infections diffuses de la moelle osseuse, peut-être trouverait-on à son niveau l'agent du rhumatisme aigu vulgaire. L'infection de la moelle osseuse ne se traduit souvent, par aucun signe important : c'est le fait, par exemple, de la fièvre typhoïde. La présence du bacille d'Eberth est constante dans la moelle osseuse au même titre que dans la rate.

1. Leredde, *Archives générales de méd.*, 1896,

Dans ces cas rares seulement, elle se révèle par de l'ostéomyélite, lorsqu'elle est due à des agents occasionnellement pyogènes. »

On voit d'après cet alinéa, tout ce que cette hypothèse a de séduisant pour l'idée générale qui plane sur ce travail ; mais toute question de partialité mise en dehors, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître la légitimité et le bien fondé de cette théorie. « Comme toute séreuse, dit plus loin M. Leredde, une séreuse articulaire ne s'enflamme que grâce à la lésion des tissus voisins. Toutes les péritonites sont consécutives à des lésions de l'intestin, du foie, de la paroi abdominale etc., en un mot de tous les organes revêtus par le péritoine.

De plus en plus on attribue toute pleurésie à une lésion du poumon ou de la paroi thoracique, passagère souvent, souvent masquée par l'épanchement. Or, dans le rhumatisme articulaire aigu, les cartilages sont toujours enflammés (Cornil et Ranvier) et dès lors pourquoi ne pas soupçonner, rechercher les altérations de la moelle ? ».

En résumé, les lésions anatomo-pathologiques de l'ostéomyélite rhumatismale sont inconnues ; la clinique seule nous apprend que le processus inflammatoire se porte avec prédominance tantôt sur la moelle pour provoquer de la médullite, tantôt sur l'os pour donner de l'ostéite, tantôt sur le périoste pour se traduire extérieurement par de l'ostéopériostite qui est le cas le plus rare ; or, avec les anatomo-pathologistes modernes nous considérons ces trois formes comme

étant une réaction identique du système osseux en général et c'est, sur ce fait que nous nous sommes basés pour désigner les lésions osseuses sous le terme plus logique d'ostéomyélite.

2° *Bactériologie.* — La découverte d'un microbe reconnu spécifique amènerait une solution favorable à la compréhension du rhumatisme articulaire aigu et de ses complications. On n'a bien expliqué les modalités de la tuberculose qu'après les recherches heureuses de Koch ; la fièvre typhoïde n'a été comprise qu'après les études d'Eberth et la différenciation de son bacille avec le bactérium coli. Ainsi en est-il pour le rhumatisme.

Les examens bactériologiques qui ont été faits, dans ces derniers temps, sur le produit de ponctions d'ostéomyélite typhique révèlent de plus en plus fréquemment la présence du bacille d'Eberth (1) à l'état de pureté. Les ressemblances entre cette maladie infectieuse et la fièvre rhumatismale nous font penser qu'il doit en être ainsi pour la complication osseuse de cette dernière ; et si les infections secondaires doivent quelquefois être la cause de l'ostéomyélite rhumatismale rien ne dit que le microbe spécifique n'en est pas le provocateur unique dans certains cas. Il n'est donc pas déplacé de rechercher quel peut être ce microbe.

Les travaux du plus grand nombre des auteurs ont

1. Déhu. Thèse de Paris, 1893.

Achard et Broca. *Gaz. méd.*, 1895.

Achalme. *Société de Biol.*, 1890.

abouti à la description des agents pathogènes les plus divers : staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, cocci indéterminés, bacille de Riva, bacille d'Achalme, diplocoque de Triboulet se sont rencontrés successivement sous le champ du microscope ; ces résultats si dissemblables nous rendent d'autant plus perplexes qu'ils ont pour auteurs des chercheurs pleins de perspicacité et d'expérience ; et, ce n'est point sans témérité que des esprits avancés ont supposé que ces microbes avaient été trouvés à des époques différentes de l'évolution rhumatismale et qu'ils caractérisaient une phase nouvelle de l'affection. Dans ces conditions, le chapitre vraiment important serait, en confrontant les résultats bactériologiques et cliniques, d'établir dans quelle mesure telle ou telle variété microbienne doit se rattacher à telle ou telle complication ; et immédiatement l'idée de rapporter l'ostéomyélite rhumatismale au staphylocoque nous viendrait à l'esprit : « c'est, dit M. de Saint-Germain (1), de tous les microbes vulgaires celui que les auteurs ont le plus fréquemment rencontré chez les rhumatisants et c'est lui aussi qu'on a considéré pendant assez longtemps comme l'unique agent pathogène de l'ostéomyélite dont la parenté avec le rhumatisme est encore admise par nombre d'auteurs ».

Mais nous n'avons garde de vouloir trancher une question aussi embarrassante ; toutefois, il existe un argument puissant et de nature à renier cette origine :

1. L. de Saint-Germain. Thèse de Paris, 1893.

L'ostéomyélite staphylococcique est généralement suppurée, l'ostéomyélite rhumatismale a pour caractère essentiel d'être plastique. D'ailleurs ne serait-ce point annihiler l'idée de la spécificité qui tend de plus en plus à s'édifier parmi les croyances scientifiques ? Les matériaux cliniques ne sont plus à énumérer et ceux attendus des recherches bactériologiques ne sont peut-être pas bien loin de nous.

Puisque nous avons ébauché une étude sur la bactériologie du rhumatisme qu'il nous soit permis de terminer ce chapitre par un aperçu des dernières découvertes qui rendent sérieuses les probabilités en faveur de son microbe spécifique.

Nous ne parlerons, que pour les citer, des noms de Hueter, Klebs, Wilson, Mantle, Golbscheider, Leyden, Riva, Schuller et Lucatello, qui ont le mérite d'avoir ouvert un champ d'exploitation sur un terrain inconnu et encore douteux, à ces époques, au point de vue de la nature microbienne rhumatismale, et c'est seulement en 1891 qu'une communication faite à la Société de Biologie par M. Achalme marque l'éveil d'une découverte contrôlée et approuvée depuis par des faits analogues et des auteurs différents.

M. Achalme publie l'observation d'un cas de rhumatisme cérébral terminé par la mort. Il trouve dans le cœur un bacille qui était inconnu jusqu'alors et qu'il suppose être l'agent pathogène du rhumatisme articulaire aigu.

La rareté des cas de mort dus à cette affection oblige M. Achalme à attendre cinq années la confir-

mation de ses recherches. Enfin en 1897, dans une nouvelle autopsie, il peut isoler un microorganisme d'une identification facile avec le bacille de 1891 et qui lui permet d'en établir définitivement les caractères (1).

Aspect général. — Dans les liquides humains recueillis à l'autopsie, ce microbe se présente sous la forme d'un gros bâtonnet, identique par son aspect avec le *bacillus anthracis*, avec lequel il a dû être parfois confondu sur des coupes.

Mobilité. — Le bacille ne semble présenter de mouvements que dans les cultures jeunes provenant d'un microbe ayant récemment passé par l'animal vivant.

Réactifs colorants. — Le bacille du rhumatisme se colore très bien par les couleurs d'aniline et par la méthode de Weigert ou celle de Gram.

Sporulation. — Dans la sérosité pathologique du cobaye ou du lapin tué par l'inoculation du bacille dans le tissu sous-cutané, la spire met quatre à cinq jours pour se constituer.

Elle est volumineuse, ovoïde, très réfringente et résiste à une ébullition de trois minutes.

Cultures. — La première condition pour obtenir des cultures en partant du corps humain, est l'absence absolue d'oxygène.

Une température de 30 à 38° favorise le développement.

Les milieux solides ne peuvent être d'un emploi cou-

1. *Extrait des annales de l'Institut Pasteur 1897. Recherches bactériologiques sur le R. art. aigu.* P. Achalme.

rant dans la recherche et l'isolement du microbe du rhumatisme.

La gélatine après un ensemencement abondant se liquéfie lentement.

Les milieux liquides, purgés d'air par une ébullition de quelques minutes dans le vide, doivent être employés de préférence.

Le bouillon de cheval donne facilement de belles cultures.

Le lait est aussi un excellent milieu de culture ; des traces de salicylate de soude suffisent pour empêcher tout développement.

Caractères biologiques. — En dehors des gaz hydrogène et acide carbonique, la culture du bacille donne lieu à des acides volatils et à des corps de la série odorante des amines.

Inoculations. — Le cobaye, la souris, la grenouille sont les animaux qui sont le plus sensibles à l'inoculation. Ils meurent au bout de 24 heures en moyenne, et présentent des lésions du myocarde et du péricarde.

Quelques mois après cette publication M. Thirolaix recueille dans le sang et la sérosité pleurale d'un rhumatisant, un microbe dont la description rappelle en tout point celle de M. Achalme.

La même année MM. Triboulet, Coyon et Zadok ont l'occasion d'étudier un cas de rhumatisme articulaire aigu avec chorée, terminé par la mort et trouvent le bacille d'Achalme ; mais leur attention se laisse distraire par un micro-organisme spécial, un diplocoque

identique dans tous les cas et complètement différent du bacille déjà cité.

Dans une nouvelle communication de l'année 1898 ils reviennent sur leur découverte et la présence constante de leur diplocoque. En même temps, Carrière de Lille, dans un liquide pleurétique trouve un bacille présentant tous les caractères de celui qu'a décrit M. Achalme. Le sang recueilli aseptiquement dans la veine du pli du coude donne également des cultures positives sur lait anaérobie.

Deux autres auteurs étrangers, Savchenko en Russie, et Bettencourt, sous directeur de l'institut bactériologique de Lisbonne signalent dans des communications scientifiques des résultats absolument semblables aux précédents et les accompagnent de planches très explicites venant ajouter ainsi une preuve de plus à l'existence du bacille décrit par Achalme.

Tels sont les faits qui s'accumulent de jour en jour, et d'autres encore inédits, promettant bientôt de faire autorité grâce à leur fréquence et aussi au cachet d'internationalité qui s'attachent à leur démonstration.

CHAPITRE III

Traitement.

I. — *Traitement général par le salicylate de soude.*

La clinique, nous l'avons vu, fournit des arguments excessivement importants à l'appui de la relation de cause à effet du rhumatisme articulaire aigu et de l'ostéomyélite concomitante. Le traitement apporte des notions non moins probantes à cette manière de voir ; et il est indubitable que si un médicament quelconque agit comme modificateur sur la marche d'une maladie infectieuse en atténuant non-seulement sa gravité, mais aussi sa durée, s'il modifie parallèlement les complications de cette affection, il est indubitable, disons-nous, que ce moyen thérapeutique porte son action sur une seule cause commune aux divers processus en évolution. Or, ce médicament existe et son action merveilleuse nous a été révélée par Germain Sée en 1877 dans une communication à l'Académie de médecine sur l'efficacité du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Les observations que nous citons à l'appui de cette thèse nous enseignent que l'ostéomyélite rhumatismale

tire de l'usage du salicylate de soude un avantage aussi bienfaisant que la polyarthrite articulaire.

Les malades de MM. Achard, Berne et Le Dentu sont traités par le salicylate de soude et les symptômes fluxionnaires de la tumeur osseuse disparaissent avec rapidité. Est-il nécessaire de noter que pour le cas de M. Le Dentu, l'iodure de potassium, le sulfate de quinine avaient été essayés tour à tour sans résultat satisfaisant? Le salicylate de soude, du jour au lendemain, amena une amélioration notable et servit ainsi de pierre de touche au diagnostic.

L'importance donnée au traitement dans le cours de ce travail au point de vue du diagnostic et du pronostic nous oblige à étudier l'action, les contre-indications et les doses du salicylate de soude.

1° *Action.* — L'expérience clinique de vingt années nous a montré que la médication salicylée possède un moyen sûr de détruire le microbe du Rhumatisme ou tout au moins de le neutraliser dans l'organisme ; il agit donc d'une façon comparable à la quinine dans la fièvre intermittente, au mercure dans la syphilis. Cette notion de spécificité n'est pas admise par tous les praticiens qui, après de fâcheux mécomptes, ont discrédité son emploi à un moment donné ; mais en dépit des fluctuations de la mode, les cliniciens sérieux sont restés fidèles au salicylate de soude ; et nous nous rangerons avec ces derniers pour supposer que ces déconvenues ont été causées par des cas de rhumatismes frustres, c'est-à-dire, de pseudo-rhumatismes infectieux.

L'expérience de M. Achalme (1) sur son bacille est d'ailleurs suffisamment concluante : « Le salicylate de soude, dit-il, à la dose de deux gouttes d'une solution au 1/10 peut 10 c.c. soit 1 gr. par litre, suffit pour empêcher tout développement ; cette dose est inférieure à celle qui agit sur la plupart des autres microbes pathogènes. »

Il semblerait démontré par ce fait que c'est sur la vitalité du microbe pathogène que cette action se fait sentir, et non, comme on l'avait supposé, ou bien sur les produits toxiques en les neutralisant, ou bien sur les tissus en fortifiant leur résistance.

Or, on sait que les substances chimiques ont des pouvoirs antiseptiques permettant de les classer suivant leur plus ou moins grande action ; cela donne bien évidemment la puissance antiseptique du médicament, mais il faut avec soin en distinguer la puissance bactéricide qui se mesure par le contact nécessaire pour tuer les germes microbiens. Ces deux propriétés sont loin d'aller toujours de pair, comme le démontre l'expérience et en particulier l'exemple du salicylate de soude qui est classé parmi les substances modérément antiseptiques. C'est donc à ce pouvoir bactéricide qu'il faut rapporter les succès de ce précieux spécifique et non à son pouvoir antiseptique qui le mettrait dans une infériorité incontestable auprès des produits chimiques classés supérieurement dans l'échelle médicamenteuse de l'antisepsie.

1. *Extrait des Annales de l'Institut Pasteur*, 1897, Achalme.

Ces constatations sont bien de nature à appuyer l'idée que nous avons déjà émise de rapporter l'ostéomyélite rhumatismale au microbe du rhumatisme articulaire aigu; et la preuve flagrante en est donnée par cette action indubitable du salicylate de soude sur son évolution.

2° *Contre-indications.* — Les cas sont rangés sous trois chefs par M. Henri Barth dans le *Traité de thérapeutique de Robin* (1).

1° Vulnérabilité anormale des centres nerveux, comme c'est le cas chez certains névropathes héréditaires, chez les grands alcooliques, et dans les états cérébraux graves avec hyperthermie qui compliquent parfois le rhumatisme aigu.

2° Affections organiques du cœur entraînant des troubles sérieux de l'innervation circulatoire, avec menace d'adynamie cardiaque et de syncope (péricardite avec épanchement, endocardite végétante ulcéreuse des valvules sigmoïdes avec aortite concomitante, altérations graves du myocarde d'origine infectieuse).

3° Imperméabilité rénale, absolue ou relative, par néphrite chronique glomérulaire (rein scarlatineux, néphrite scléreuse d'origine artérielle).

Dans tous ces cas, lorsqu'ils sont bien constatés, le médecin consciencieux doit s'abstenir. Il en est de même chez les femmes enceintes que le salicylate de soude fait avorter avec une dangereuse facilité.

1. *Traité de thérapeutique de Robin. Traitement du rhumatisme art. aigu.*

On conçoit facilement que toutes ces contre-indications existent pour l'ostéomyélite au même titre que pour le rhumatisme articulaire aigu ; nous oserions même dire que pour cette dernière leur observation est encore plus formelle quand on pense aux désordres graves de l'emploi intempestif du salicylate de soude comparativement à la bénignité de la tumeur osseuse qui ne suppure pas et à des tendances à guérir spontanément.

3° *Doses.* — Les règles dosimétriques données pour le rhumatisme articulaire aigu sont encore applicables à l'ostéomyélite. D'ailleurs, à part les cas où cette complication se présente après un rhumatisme articulaire aigu, le traitement ne s'adresse-t-il pas en même temps à la cause et à l'effet?

L'administration du salicylate de soude peut se faire de deux façons soit en potion, soit en cachets.

La dose de 4 à 8 grammes est la moyenne à prescrire par jour : 8 grammes pour un adulte vigoureux, 6 grammes pour les jeunes gens et les femmes.

Mais la condition importante de l'action efficace de ce médicament réside surtout dans le mode d'administration. La solution aqueuse légèrement aromatisée de rhum et de cognac de façon à masquer la saveur douceâtre et un peu nauséuse du salicylate est la préparation la plus recommandable ; telle cette potion selon la formule de M. Barth :

Eau distillée.	} aa 100 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	
Rhum vieux.	
Salicylate de soude.	

F. S. A.

Une cuillerée à bouche de cette potion contient 1 gramme de salicylate. Le malade la prendra par doses fractionnées, une cuillerée à bouche ou à dessert toutes les deux heures, sans dépasser 8 doses par jour.

Les cachets de ce sel de soude à la dose de 1 gramme tendront au même but sans toutefois présenter d'aussi grandes facilités d'absorption.

Cette prise successive du médicament est un principe dont on ne doit pas se départir, car elle assure ainsi l'imprégnation continue de l'organisme par l'agent bactéricide et contribue énormément à la disparition rapide et permanente du microbe infectieux.

Mais nous ne saurions trop mettre en garde contre les accidents dus à son administration et nous recommanderons de surveiller de près les premières prises et s'il y a des symptômes d'intolérance tels que bourdonnements d'oreilles violents, vertiges et obnubilation de la vue, vomissements, etc., d'espacer davantage les doses jusqu'à la réintégration de l'état général normal.

Ce traitement sera continué pendant huit jours au moins après la disparition des signes de l'ostéo-myélite afin d'avoir une conviction ferme de la destruction aussi complète que possible des éléments pathogènes.

II. — *Traitement général par l'antipyrine.*

Evidemment le salicylate de soude a fait ses preuves pour tout ce qui a trait au rhumatisme vrai, mais ce n'est point le seul moyen thérapeutique qui ait été essayé. L'antipyrine a donné, dans cette même voie, d'excel-

lents résultats et nous n'en voulons comme preuves que l'attestation de M. Chauffard (1) et l'observation citée plus loin de M. Chatin. Nous n'agiterons pas la question de savoir à qui de ces deux médicaments revient la supériorité ; et puis en admettant que l'antipyrine ait un pouvoir bactéricide sur le microbe rhumatismal ce fait n'anéantirait pas l'idée de spécificité du salicylate. Le mercure n'a-t-il pas un succédané puissant dans l'iodure de potassium ?

D'ailleurs, si les auteurs sont unanimes à reconnaître à l'antipyrine son pouvoir antithermique et analgésique ils ne partagent pas l'idée de Leyden qui voulait substituer son emploi méthodique à celui du salicylate de soude, « car, dit M. Barth, si l'antipyrine fait disparaître les douleurs (et souvent le gonflement articulaire), elle laisse subsister l'état rhumatismal avec tous ses dangers. En outre les grosses doses (4 à 8 gr. par jour) nécessaires pour obtenir une sédation complète, sont beaucoup moins bien tolérées que les doses équivalentes de salicylate de soude ; elles entravent la diurèse au lieu de la favoriser, et peuvent provoquer des accidents sérieux d'intoxication ».

Pour compléter le traitement général, il ne faut pas oublier les toniques, les ferrugineux, les bains de vapeur, les bains sulfureux, une cure à Aix-les-Bains, à Bourbonne-les-Bains, à Barèges ; on recommandera au malade d'adopter le régime sévère de l'arthritique, d'éviter le froid, le froid humide surtout, le surmenage et la fatigue.

(1. Chauffard. *Sem. méd.* 1892, *Annexes*, p. XCVIII.

III. — *Traitement local.*

Le traitement local peut être fait dans deux circonstances : 1° au cours de l'ostéomyélite pour satisfaire la conviction des malades imbus de cette fausse idée qu'il faut s'adresser directement à la lésion pour la guérir ; 2° toutes les fois que le traitement général n'aura pas donné de résultat satisfaisant.

Ces moyens se réduisent à des applications de salicylate de méthyle, qui, sans conteste, calment la douleur ; à la compression qui apporte parfois un soulagement réel et une régression de la tumeur ; mais surtout à des pointes de feu dont l'influence antiphlogistique n'a pas besoin d'être démontrée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Observation inédite due à la bienveillance de M. Achard.

L., L..., âgé de 19 ans, doreur sur métaux entre à l'hôpital le 1^{er} octobre 1897, sort le 13 octobre.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde, il y a neuf ou dix ans. Depuis, il n'a jamais été malade, lorsqu'il y a huit jours, il fut pris d'une douleur à l'épaule droite gênant considérablement les mouvements de l'articulation scapulo-humérale; il y avait gonflement de la région. Bientôt les symptômes se sont amendés, le malade se croyait guéri lorsqu'il éprouva au genou gauche les mêmes symptômes que ceux qu'il avait constatés précédemment à l'épaule droite.

A son entrée à l'hôpital la douleur occasionne une impotence fonctionnelle très grande du membre inférieur gauche; le malade ne peut marcher et souffre beaucoup. C'est pour ces deux raisons qu'il s'adresse à l'hôpital. Nous sommes en présence d'un malade pâle, anémié, les conjonctives sont décolorées.

L'examen du genou malade donne les résultats suivants: il y a un empâtement assez considérable de la région du genou, cet empâtement ne s'étend nullement à la jambe et

s'arrête un peu au-dessus du genou. Mais à la partie inférieure de la cuisse à un point précis où le malade accuse une douleur exquise on sent une tumeur adhérente à l'os dure et s'étendant un peu vers la partie interne de la cuisse. Il n'y a pas de fluctuation.

Le palper minutieux fait donc constater que le point douloureux maximum se trouve à 7 ou 8 centimètres au-dessus de l'articulation, c'est-à-dire nettement plus haut que le cartilage juxta-épiphysaire. La douleur va en diminuant vers l'articulation qui est sensible néanmoins et révèle certainement une arthrite de voisinage.

La peau au niveau de la tuméfaction est normale.

Le malade dit avoir eu depuis le début de cette douleur un autre point douloureux au niveau du cou de pied gauche il n'a pas remarqué qu'il y eut aucun gonflement de la région.

Outre les symptômes de son affection actuelle le malade présente un tremblement vertical très net ; en qualité de doreur sur cuivre, il a fait usage de mercure ; ses dents sont très mauvaises. La langue est légèrement saburrale. Le malade a bon appétit, digère bien, n'a ni constipation, ni diarrhée.

Rien aux poumons.

Rien au cœur : les battements sont forts.

Température : 38°,5 et 38°,8.

Pas d'albumine, beaucoup d'urobiline.

Le diagnostic porté est celui d'ostéomyélite rhumatismale.

2 octobre. — Quatre grammes de salicylate de soude ont été administrés au malade. La douleur siège toujours au même niveau ; elle a légèrement diminué. Température

38°,5. Appétit diminué. L'analyse d'urine donne de l'urobiline et du chromogène.

4 octobre. — Continuation du traitement médicamenteux. La douleur est moindre. Le gonflement moins considérable. Température 37°,5. Urobiline et chromogène.

8 octobre. — Douleur légère, gonflement à peine perceptible. Température normale. Plus d'urobiline.

12 octobre. — Douleur et tuméfaction presque imperceptibles. Plus d'empâtement, cependant le genou gauche est encore un peu plus volumineux que celui du côté opposé. Température normale. Appétit totalement revenu.

Le malade sort, le 13 octobre, très anémié et pâle mais les forces reviennent petit à petit.

Il va à Vincennes.

OBSERVATION II

De M. Hobbs. Journal de médecine de Bordeaux, 1894. p. 42.

D..., âgé de 16 ans que j'ai l'honneur de vous présenter est entré le 7 décembre 1893 dans le service de M. le docteur Picot pour des complications cardiaques très graves d'origine rhumatismale.

Antécédents personnels. — Petite vérole et rougeole. Attaque de rhumatisme survenue il y a 8 mois et l'a retenu 3 mois au lit.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. 5 frères et sœurs également en bonne santé et l'on ne trouve nulle part de tare tuberculeuse ou syphilitique.

Cet enfant a donc subi il y a 8 mois, une première atteinte de rhumatisme articulaire aigu et cette atteinte a été particulièrement grave puisque toutes les articulations ont été

successivement envahies. La convalescence fut longue et marquée par des palpitations de cœur très douloureuses.

Néanmoins, notre petit malade pu reprendre ses occupations d'employé de commerce ; les choses allèrent bien pendant 3 mois quand, tout d'un coup, il fut repris de palpitations cardiaques.

A son entrée à l'hôpital, l'examen du cœur révéla une voussure précordiale avec exagération de la matité cardiaque ; un souffle systolique à la pointe se propageant dans la direction de l'aisselle et jusque dans le dos ; un souffle diastolique au niveau de l'orifice aortique et, enfin, un bruit de frottement au niveau de l'appendice xiphoïde ; en même temps on pouvait percevoir une tachycardie très manifeste (112 pulsations) avec arythmie et faux pas du cœur.

Quand je vous aurai dit que nous trouvâmes une pleurésie gauche rendue évidente par de la matité de toute la base gauche jusqu'à la pointe de l'omoplate, par de l'abolition du murmure vésiculaire, de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone, je vous aurai à peu près esquissé l'histoire de ce malade qui est, à quelques détails près, celle de tous les rhumatisants et surtout des enfants atteints de rhumatisme ; mais ce n'est pas tout, en examinant attentivement ce malade, on constatait chez lui des exostoses au niveau des principales articulations.

Interrogé à ce sujet, le malade, qui est très intelligent, vous répondra bien nettement que toutes ses grosseurs ont apparu pendant son attaque de rhumatisme ; la plupart ont diminué de volume, quelques-unes ont disparu ; mais vous pouvez encore voir de ces productions osseuses au niveau des genoux des coudes et des poignets.

Ces productions osseuses sont immobiles, quelques-unes

douloureuses à la pression et leur examen est rendu facile par la flexion des membres. De plus, elles offrent ce double caractère d'être presque exactement symétriques et localisées aux extrémités osseuses.

Il ne s'agit pas évidemment chez cet enfant, d'exostoses syphilitiques; dès le début, je vous ai bien dit qu'on ne trouvait ni sur lui-même ni dans sa famille de stigmates spécifiques.

On pourrait peut-être penser aux exostoses ostéogéniques de croissance, mais comment ne pas tenir compte de la coïncidence d'apparition si nette entre les productions ostéopériostiques et l'attaque de rhumatisme? Quoi qu'il en soit je crois que nous sommes bien, dans le cas présent, en face de production ostéo-périostiques d'origine essentiellement rhumatismale dont le développement a pu, peut-être être encore activé par la période de croissance.

OBSERVATION III

Lyon Médical, 2 septembre 1894. Chatin.

Bac... (Pierre), âgé de 15 ans, cultivateur, né à Versailles (Ain), entré à l'Hôtel-Dieu le 23 mai 1892, sorti le 8 août 1892.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère bien portante, sujette aux migraines. Le père et la mère ne sont pas syphilitiques. Deux frères et une sœur vivants et bien portants. Ils n'ont jamais rien eu pouvant rappeler l'affection de leur frère. Ils ne sont pas rachitiques.

Antécédents personnels. — Excellente santé jusqu'à l'âge de 10 ans. Le malade n'a pas été rachitique dans sa première enfance, et d'ailleurs ne présente actuellement aucun stig-

mate de cette maladie. Il n'a pas été scrofuleux : il n'a eu ni impétigo du cuir chevelu, ni adénite. On ne trouve aucune cicatrice suspecte. Il n'a jamais eu quoi que ce soit pouvant faire croire à une périostite ou à une ostéite. On ne retrouve chez lui aucun signe de syphilis héréditaire : pas de déformation crânienne ou nasale, pas de kératite, pas de troubles de l'ouïe, aucune malformation dentaire. Les dents sont saines et blanches sans la moindre carie. On ne peut, dans son genre de vie, suspecter aucune intoxication par le mercure, le plomb ou le phosphore.

Il y a 7 mois, le malade eut, dit-il, « des rhumatismes » qui persistèrent pendant 3 mois. D'après la description qu'il en fait, il semble avoir eu une forme subaiguë de rhumatisme. Il existait du gonflement, de la rougeur et de la douleur au niveau des articulations des genoux et des pieds. Le petit malade n'était pas d'ailleurs complètement immobilisé au lit et il pouvait même de temps en temps, marcher en s'aidant d'un bâton. Cette poussée rhumatismale était survenue sans cause appréciable. Le malade n'avait eu aucun motif de surmenage, il n'avait pas pris froid ni couché dans un lieu humide ; enfin il n'avait pas grandi d'une façon exagérée à cette époque.

Notre malade semble donc bien avoir eu à ce moment un rhumatisme articulaire subaigu plutôt que de l'ostéite provoquée par la croissance ou le surmenage. Ce qui le démontre pleinement dans la suite d'ailleurs, c'est une poussée de rhumatisme subaigu qui se produisit sous nos yeux et que le malade dit exactement comparable à la première.

Au moment de cette première poussée de rhumatisme, il n'existait absolument rien du côté du maxillaire, ni rougeur, ni gonflement, ni douleur.

Ce n'est qu'un mois après environ, alors que toute la

fluxion rhumatismale avait complètement disparu, que le malade vit survenir, sans aucune cause appréciable, sans traumatisme, sans douleur ni carie dentaire, une tumeur occupant la moitié droite de la mâchoire inférieure. Cette tumeur, qui siégeait au niveau des petites molaires inférieures droites, évolua sans douleurs en 6 ou 7 jours et disparut complètement.

Quinze jours après, nouvelle apparition de la même tumeur qui présenta un développement plus considérable, que la première fois et gagna en avant du côté du menton.

Depuis cette époque, au dire du malade, tous les 15 jours ou trois semaines il voit survenir un gonflement de son maxillaire de la région antérieure de l'arc formé par cet os. Ce gonflement s'accompagne de douleur et de rougeur de la peau. La tuméfaction atteint en deux ou trois jours son volume maximum, puis décroît à peu près dans le même temps. L'évolution complète dure huit jours et s'accompagne d'un peu de fièvre.

De temps en temps des poussées articulaires ou aiguës accompagnent les phénomènes inflammatoires qui se passent du côté du maxillaire.

A son entrée à l'hôpital, le malade est tenu en surveillance sans traitement.

16 juin. — Le malade a présenté cette semaine les phénomènes suivants, il ressentit d'abord quelques douleurs dans son maxillaire, la tuméfaction existante augmenta rapidement de volume et doubla presque en trois jours. La peau en même temps devint rouge, lisse, tendue, douloureuse, surtout à gauche. Pas de ganglions. La température centrale, prise tous les jours et jusque-là normale, atteignit 38°,4. On administra 4 grammes d'antipyrine au malade et

tout rentra dans l'ordre en trois jours. On ne constata à ce moment aucune poussée articulaire.

18 juin. — Le malade présente absolument le même aspect qu'à l'entrée : la tuméfaction du maxillaire a diminué, mais persiste et sans aucun phénomène inflammatoire aigu.

27 juin. — On constate depuis 4 jours l'évolution des mêmes phénomènes qu'il y a dix jours. La température pendant trois jours oscille autour de 38°,5 le matin, et atteint 39°,2 le soir. L'état général est assez bon.

29 juin. — Tout est rentré dans l'ordre après l'administration de 4 grammes d'antipyrine.

4 juillet. — Depuis hier, le malade se plaint d'une douleur légère de l'articulation du poignet droit. Il existe un peu de raideur et une rougeur très légère. Il n'y a pas de fièvre.

7 juillet. — Les phénomènes fluxionnaires au niveau du poignet droit sont actuellement très nets. La température centrale marque 38°,5 le soir. Rien du côté du maxillaire inférieur.

20 juillet. — Le malade présente encore un peu de gonflement du poignet droit. Le poignet gauche est depuis peu le siège d'une fluxion ayant envahi le dos de la main avec rougeur, tuméfaction, douleur. Les deux genoux sont le siège d'un épanchement abondant avec douleur à la pression et dans les mouvements communiqués. La température se maintient autour de 38°,5. Le malade présente en somme une poussée bien franche actuellement de rhumatisme articulaire aigu. Pas de poussée du côté du maxillaire.

1^{er} août. — Le rhumatisme articulaire a cédé à l'antipyrine, la fièvre est tombée, tout est rentré dans l'ordre, sauf le gonflement de la région du menton qui persiste.

10 août. — Le malade quitte l'hôpital conservant seulement un peu de déformation du côté de son maxillaire.

OBSERVATION IV

Du docteur Berne, publiée dans Arch. de méd. (1885).

M. X... 29 ans.

Antécédents héréditaires. — Rhumatisme.

Antécédents personnels. — Attaque de rhumatisme pendant le siège de 1871, sans détermination, à cette époque, du côté des os ou du périoste. Aucun accident syphilitique.

En 1881, au mois de mars, attaque de rhumatisme; les deux genoux, le gauche principalement, furent atteints; quelques douleurs dans l'articulation du coude. A la fin de cette attaque, il vit survenir sur les deux tibias deux tuméfactions, que l'on regarda comme des périostites. A l'apparition de celles-ci, les douleurs articulaires disparurent.

A la fin d'avril, tout avait disparu.

En 1882, il est repris de douleurs violentes articulaires principalement dans le genou gauche et le coude, douleurs avec fièvre pendant quelques jours. Cette attaque dura plus longtemps que les autres et il fut plus long à se remettre. En avril il avait encore des douleurs articulaires, lorsque, sur le tibia gauche, survint une tuméfaction au niveau de l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur et à la partie interne. Cette tuméfaction était très douloureuse à la pression; la marche réveillait les douleurs.

Mais ce qu'il y eut d'important à noter, ce fut que les douleurs articulaires disparurent dès l'apparition de la périostite.

On donna au malade quatre gr. de salicylate de soude pendant deux jours; les douleurs cessèrent momentanément sous l'influence de ce médicament mais reparurent.

Un mois après, M. Berne constata les faits suivants : il n'y avait pas eu de retour des douleurs articulaires ; le tibia gauche, volumineux, était augmenté de volume à la partie interne de son extrémité supérieure à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen.

Sur le bord antérieur du tibia, on sentait des petites nodosités douloureuses à la pression ; mais il n'y avait plus de douleurs spontanées. Le tibia droit était un peu douloureux, un peu gonflé. L'état général était du reste très satisfaisant.

OBSERVATION V

Extraite des Arch. de méd. 1885.

M. L. R..., étudiant en médecine, sans antécédents syphilitiques, ayant eu un rhumatisme polyarticulaire suraigu en 1873, vit survenir, en 1875, subitement, alors que tout symptôme rhumatismal avait disparu, un gonflement très marqué de l'extrémité interne de la clavicule droite.

L'articulation sterno-claviculaire du même côté était douloureuse, la peau était rouge, chaude au doigt. L'extrémité osseuse était très volumineuse. M. Gosselin, qui examina le malade, diagnostiqua une ostéo-périostite rhumatismale et envoya le malade à Barèges.

Après quinze jours de traitement, tout gonflement avait disparu, la clavicule avait repris son volume normal.

OBSERVATION VI

Extraite des Archives de médecine, 1885.

Il s'agit d'un homme que M. Le Dentu observe depuis dix-huit mois. La première fois qu'il le vit, il présentait un gon-

fiement assez considérable du fémur gauche avec des douleurs très vives; c'était un individu fort vigoureux exerçant la profession de couvreur, et qui était indemne de toute manifestation scrofuleuse ou syphilitique. Il pensa dès ce moment à l'existence d'un travail inflammatoire du fémur sans tendance à la suppuration et développé très probablement sous l'influence de la diathèse rhumatismale. Son traitement consista dans l'immobilisation du membre, l'application de pointes de feu. Il est revenu dans son service plus tard, se plaignant de douleurs très vives et sans aucune amélioration au point de vue du gonflement.

M. Le Dentu essaya le traitement par l'iodure de potassium et desulfate de quinine et voyant que ces médications n'étaient suivies d'aucun résultat, il pensa à lui donner du salicylate de soude à la dose de 4 gr. par jour. Or, du jour au lendemain, sous l'influence de ce traitement, il y eut un amendement considérable des symptômes douloureux, amendement qui ne s'est pas démenti un seul jour.

OBSERVATION VII

Extraite des Arch. de méd., 1885.

Il s'agit d'un jeune médecin, aujourd'hui praticien distingué et qui a bien voulu rédiger son observation.

M. B..., 25 ans, un soir de novembre en 1876 après deux journées pluvieuses, pendant lesquelles il s'était exposé aux intempéries de la saison, est pris de douleurs dans la jambe droite, douleurs qui s'exaspèrent à la pression, et dont il s'aperçoit parce que le contact de son pantalon contre sa jambe lui était très douloureux.

A l'examen de la partie douloureuse, il constata sur le

tibia du côté droit, à la face interne, à la partie supérieure et à la partie moyenne de cet os, deux saillies arrondies, très douloureuses à la pression. A ce niveau, la peau était rouge, chaude, mais elle se déplaçait sur la tumeur, et on sentait manifestement que ces tumeurs faisaient corps avec l'os. Il n'y avait pas de doute à avoir, on se trouvait en présence d'une double périostite du même os.

M. B... n'avait eu aucun accident pouvant être rattaché à la syphilis ; il jouissait d'une très bonne santé, ne toussait pas ; mais il avait eu à l'âge de 12 ans une attaque de rhumatisme articulaire généralisée, et son père était très rhumatisant.

Dans la nuit, les douleurs s'exaspérèrent par le fait de la chaleur du lit ; le contact des draps lui était très pénible et il fut obligé de les éloigner de lui par des livres qui relevaient la couverture et l'empêchaient de porter sur ses jambes.

Le surlendemain, la douleur et la rougeur persistant il montra la jambe à son chef de service, M. Gosselin.

Le diagnostic porté par celui-ci fut celui de périostite probablement rhumatismale.

Les douleurs allèrent en diminuant, et au bout de 8 jours, bien que M. B... ne crut pas devoir s'arrêter tout à fait et garder le lit, elles avaient disparu.

CONCLUSIONS

I. — La fièvre rhumatismale, maladie infectieuse, peut se localiser sur les os, au même titre que la fièvre typhoïde.

II. — L'ostéomyélite rhumatismale est une rareté qui peut tenir à trois causes :

1° L'inflammation de la moelle, dans l'infection rhumatismale, comme dans les autres infections microbiennes d'ailleurs, ne se traduit le plus souvent par aucun signe clinique.

2° Administration précoce du médicament spécifique reconnu souverain contre les complications du rhumatisme.

3° Difficulté de dépister la douleur locale de l'ostéomyélite masquée par la douleur diffuse des membres du rhumatisant.

III. — Les caractères de l'ostéomyélite rhumatismale sont : la spontanéité, la tuméfaction, la douleur, la plasticité, la bénignité.

IV. — Malgré les présomptions sérieuses qui tendent à prouver de plus en plus la spécificité du bacille d'Achalme comme agent pathogène du rhumatisme articulaire aigu nous ne pouvons affirmer :

1° Quel est le microbe de l'ostéomyélite rhumatismale ;
2° si cette ostéomyélite est le résultat du microbe spé-

cifique du rhumatisme ou la conséquence d'une infection secondaire. Les analogies de cette affection avec la fièvre typhoïde tendent à nous rendre éclectiques.

V. — Le salicylate de soude est comme pour le rhumatisme articulaire aigu le spécifique de l'ostéomyélite rhumatismale.

L'antipyrine a donné quelques succès.

Vu : le président de la thèse.

DEBOVE

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHALME. — Extrait des Annales de l'institut Pasteur, 1897.
Recherches bactériologiques sur le R. art. aigu.
- ACHALME. — Société de Biologie, 15 mars 1897.
- ACHALME. — Société de Biologie, 1890.
- ADAM. — Traité du rhumatisme et de la goutte, 1857.
- ARCHAMBAULT. — France médicale, 1878. Ostéo-périostite rhumatismale.
- BESNIER. — Dictionnaire encyclopédique des sc. méd. art. Rhumatisme 3^e série, t. IV.
- BETTENCOURT. — Nota sobre a presença do bacillo de Achalme e Thiroloix no sangue dum individuo de rheumatismo articular agudo. Ach. méd. Lisbonne, 1898-9, i. 61.
- BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition.
- BOURCY. — Déterminations articulaires des maladies infectieuses. Pseudo-rhumatismes infectieux. Th. de Paris, 1883.
- CADIAT. — Sur l'ostéite rhumatismale. In France médicale, 7 avril 1877.
- CADIAT. — Rhumatisme osseux ou ostéite rhumatismale. In revue de médecine, 1882.
- CHATIN. — Lyon médical, 2 septembre 1894.
- CHAUFFART. — Semaine médical, 1892, annexe, p. XCVIII.
- CARRIÈRE. — Rhumatisme articulaire subaigu ; épanchement pleurétique ; présence du bacille d'Achalme.

- Compte rendu, Société de Biologie, 1898, 10 sv. 736.
- CATRIN. — Contribution à l'étude du salicylate de soude et de méthyle. Bull. et mém. soc. méd. des hôp. de Paris, 1898.
- CORNIL ET RANVIER. — Traité de l'arthrite rhumatismale.
- DOR. — Archiv. prov. de chir., janvier 1895.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire.
- DUFLOCQ. — Bactéries pathogènes.
- ELOY. — Ostéo-périostite rhumatismale des métatarsiens, son diagnostic et son traitement. Rev. gén. de clinique, 25 oct. 1888.
- FÉRÉOL. — Sur le rhumatisme ostéo-hypertrophique des diaphyses et des os plats. In France médicale 9 juin 1877.
- GOSSELIN. — Nouveau dictionnaire de médecine et chirurgie pratique. Rhumatisme.
- HANOT. — Considérations générales sur Rh. art. aigu (Presse médicale 2 juin 1894, p. 172).
- HOBBS. — Rhumatisme art. aigu avec localisation sur les os. Journal de médecine de Bordeaux. 1894, p. 42.
- LANNELONGUE ET ACHARD. — Annales de l'institut Pasteur 1891.
- LEREDDE. — Archives gén. de méd. 1896.
- MENIER. — La fièvre typhoïde et la périostite. Thèse de Paris, 1879.
- MATHIEU. — Du rhumatisme osseux chez les jeunes sujets. Th. de Paris, déc. 1884.
- OLLIER. — Encyclopédie internationale de chirurgie. Ostéite rhumatismale.
- PETIT HENRI. — Considérations d'ensemble sur la bactériologie du rh. art. aigu, 1898, 51, p. 8, n° 329.

- POULET. — De l'ostéo-périostite rhumatismale. Les fantassins du 3^e zouave. Arch. de méd. mil. 1888, p. 243.
- ROSER. — Die pseudorheumatische Knochen und Gelenkentzündungen der zunglingsatter (Archiv. der Heilkunde) 1865.
- REYNIER ET LEGENDRE. — Contribution à l'étude de certaines périostites, périostomyélites et ostéomyélites; Influence du rhumatisme dans les affections osseuses. Arch. de méd., 1885, 7^e série, V. II.
- ROQUE ET TEISSIER. — Traité de médecine et de thérapeutique. Brouardel et Gilbert. Art. rh. chronique,
- SAVCHENKO. — Annales de micrographie de micel. 1898. Sur le rh. art. aigu et bactérie d'Achalm. Saint-Petersbourg.
- THIROLOIX. — Société de biologie 19 octobre 1897.
- WIDAL. — Traité de médecine et de thérapeutique Brouardel et Gilbert. Rhumat. art. aigu. T. 2.

